

Nr sprawy: DR/610.../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
UCZESTNICTWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OPIEKUNÓW
W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH**

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
dostępna jest na stronie internetowej www.mops.krakow.pl.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ):

Imię i nazwisko..... nr telefonu

Adres zamieszkania*kod-..... Kraków

PESEL Data urodzenia.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

Posiadane orzeczenie (właściwie zaznaczyć):

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej niezdolności do pracy o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałam/em z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON (właściwie zaznaczyć):

TAK (podać rok) NIE

Imię i nazwisko opiekuna PESEL
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Wnioskodawca jest zatrudniony w zakładzie pracy chronionej (właściwie zaznaczyć): TAK NIE

Wnioskodawca jest mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej (właściwie zaznaczyć): TAK NIE

Wnioskodawca jest osobą niepełnosprawną w wieku 16-24 lat uczącą się

i niepracującą (właściwie zaznaczyć): TAK NIE

**II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO
WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

.....syn/córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

nr PESEL miejscowość ulica

nr domu..... nr lokalu nr kodu-..... poczta..... powiat.....

województwo:..... nr tel. kontaktowego.....

Opiekun prawny - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

Sygnatura akt.....

Pełnomocnik - na mocy pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza z dnia

nr repertorium

III. OŚWIADCZENIA

1) Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi

- 2) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 3) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania - procedura MOPS 40.
- 4) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 5) Oświadczam, iż zostałam(em) poinformowana(y), że:
 - osoba niepełnosprawna (wnioskodawca) nie może pełnić funkcji członka kadry na turnusie, ani być opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
 - na wniosek lekarza, osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem, że opiekun:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończył 18 lat lub
 - d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

IV. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.
2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
 - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON,
 - 2) podmioty świadczące profesjonalne usługi niszczenia dokumentacji archiwalnej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie:
 - 1) dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO).

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:

Inspektor Ochrony Danych, ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków lub iod@mops.krakow.pl.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższymi informacjami zawartymi we wniosku.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego/
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby
niepełnosprawnej

V. WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS:

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW / DOKUMENTÓW	ZAŁĄCZONO TAK / NIE
1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony na druku stanowiącym załącznik do wniosku.	
2. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).	
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	
4. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.	

Dokumenty wymienione w pkt. 2-3 nie będą wymagane w przypadku gdy wynikające z niego fakty lub stan prawny znany jest organowi z urzędu lub jest możliwy do ustalenia w oparciu o bazę danych Ośrodka lub dokumenty urzędowe przedstawione uprzednio przez wnioskodawcę.

.....
data wpływu wniosku do MOPS

.....
pieczęć MOPS i podpis pracownika



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym*

- NIE
- TAK -uzasadnienie.....
-
-
-
-
-
-
-

UWAGI:

.....

.....

.....
Data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwie zaznaczyć